

福祉用具が必要となる理由書

被保険者氏名 _____

1 購入する福祉用具（購入する福祉用具番号に○を付けてください）

番号	福祉用具種目	番号	福祉用具種目
1	腰掛便座	6	簡易浴槽
2	自動排泄処理装置の交換可能部品	7	スロープ
3	排泄予測支援機器	8	歩行器
4	入浴補助用具	9	歩行補助つえ
5	移動用のリフトのつり具の部分		

2 福祉用具が必要な理由

一連の動作の中で困難だと感じる場所とその環境	
動作困難となった身体的理由・症状・時期	
福祉用具購入前はどのように対処していたのか	
デモ品の使用有無	<input type="checkbox"/> 有（ 年 月 日 から使用 ） <input type="checkbox"/> 無

3 福祉用具の選択

福祉用具購入により達成したい目標	
目標達成のための用具の機種および当該用具を選択した理由	

4 標準タイプ以外の商品を選択した場合のみ以下を記入

標準タイプ以外の商品を選択した場合の各機能の必要性	(標準タイプ以外の例：家具調トイレ、肘無しのシャワーチェア、自動ラップ機能付きポータブルトイレ、シャワーキャリーなど)
認知機能に問題がある場合、福祉用具を認識し、使用することができるかを確認し、使用可能であると判断した根拠	

※ ウォシュレット機能付補高便座、ウォシュレット機能付ポータブルトイレ、自動ラップ機能付ポータブルトイレ、シャワーキャリーの購入は事前申請が必要です。